



Riley County Health Department

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA INFLUENZA VACCINE REGISTRATION FORM

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente		Segundo Nombre		Apellido	
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Si no, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior(s))	
				Fecha de Nacimiento / /	
				Edad	
				Sexo M F	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático / Islas del Pacífico / Otro		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Hawaiano		<input type="checkbox"/> Desconoce / Otro	
Dirección Actual		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Núm. Celular. (Recordatorios de textos) ()		Núm. de teléfono. ()		Correo Electrónico	

¿Dónde ha recibido previamente el niño las vacunas?

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia		Relación con el paciente		Núm. de Teléfono. ()	
				Núm. Adicional. ()	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(ENTREGUE SU TARGETA DE SEGURO MEDICO A LA RECEPCIONISTA)

¿Este paciente tiene cobertura médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Las vacunas están cubiertas por el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Indique su seguro médico primario (Blue Cross, Aetna, Sunflower, etc.):			
Nombre del responsable del seguro medico		Fecha de Nacimiento / /	
		Núm. de Póliza	
		Núm. de grupo	

Parentesco con el asegurado Usted Cónyuge Hijo/a Otro

CUESTIONARIO PARA VACUNACION

1. ¿La persona que se va a vacunar está actualmente enfermo o tiene calentura / fiebre alta? Explique:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o productos látex? Explique:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? Explique:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿El paciente de ser vacunado tenido alguna vez un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré, u otro problema del sistema nervioso?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿La persona que se va a vacunar tiene 19 años o más con una o más de las siguientes condiciones médicas (se recomienda Flublok); embarazada o (piensa quedar embarazada el próximo año), asma, enfermedad pulmonar crónica (EPOC, fibrosis quística), enfermedad cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias), diabetes, obesidad o sistema inmunológico debilitado (VIH, cáncer, esteroides crónicos) o afección médica crónica (enfermedades continuas) que no está en la lista (FluBlok Screening)? Si es así, circule o anote aquí ...		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> < 19 Años

CONSENTIMIENTO DE VACUNA

Se me ha ofrecido una copia de la Declaración(s) Información sobre la vacuna (VIS) marcadas abajo. He leído, se me ha explicado, y entendido la información en VIS(s). Soy consciente de que se me aconseja esperar 15 A 30 minutos después de la vacunación para que sea monitoreado. Les pido que las vacuna (s) seleccionadas sean administradas a mí o a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado hacer esta petición Influenza

Firma del paciente o padre/tutor legal:

Fecha:

FOR OFFICE USE ONLY

Eligibility Screening		Nursing Documentation		Billing & Coding	
<input type="checkbox"/>	Title 19 (Public)	Manufacturer:		90662	High Dose (65+) (\$65)
<input type="checkbox"/>	Title 21 (Public)	Lot Number:	(place syringe sticker here)	90682	FluBlok (RIV4) (18+) (\$65)
<input type="checkbox"/>	UNinsured ≤ 18 (Public)	Expiration Date:		90686	Fluarix (\$21)
<input type="checkbox"/>	Nat Am/Al Nat (Public)			317FLU	317 Flu Vaccine (\$0)
<input type="checkbox"/>	UNDERinsured (Public)	Injection Site:	Left Deltoid		
<input type="checkbox"/>	Fully Insured (Private)		Right Vastus Lateralus	90471	1 st Injection (\$20)
<input type="checkbox"/>	UNinsured ≥ 19 (Out of Pocket)	Inadvertently Borrowed Stock (Explain):		G0008	Medicare Injection (\$20)
<input type="checkbox"/>	UNinsured ≥ 19 (317)			90471G	Grant Injection (\$0)

Vaccine Administrator:

Date:



Health Department

Riley County Health Department
2030 Tecumseh Rd
Manhattan, Kansas 66502
Phone: 785-776-4779
Fax: 785-565-6566
www.rileycountyks.gov/health

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO UNIVERSAL

FACTURACIONE

Mediante mi firma, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Riley a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indicó anteriormente y proporcionar la información necesaria para procesar las reclamaciones. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Riley por los servicios dados y entiendo que seré responsable por el pago de cargos considerados "No Cubiertos" por mi seguro médico. Esto constituye un aviso anticipado a usted, el beneficiario, que si todos los requisitos del programa son satisfechos por el Departamento de Salud del Condado de Riley y el pago no es hecho por KanCare o su Seguro de Salud, usted puede ser responsable de los cargos. Si sus servicios no están cubiertos. Usted puede ser responsable de cargos si no informa al Departamento de Salud de la cobertura de seguro médico a su debido tiempo. El firmante ha leído la autorización anterior y entiende lo mismo.

Si las vacunas no están cubiertas por su seguro médico. Estamos obligados a cumplir con las regulaciones federales, para recibir servicios a través del programa Vacuna para Niños; una declaración por escrito, o una explicación de beneficios de su compañía de seguro médico que indique que las vacunas no están cubiertas. Si no tenemos una declaración por escrito antes de los servicios, el paciente será responsable de cualquier parte que el seguro no cubrirá. Doy mi consentimiento para la inclusión de las vacunas dadas como datos de inmunización en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o para la persona mencionada anteriormente para la que soy padre o tutor legal y autorizado para tomar decisiones médicas.

Es su responsabilidad verificar que el Departamento de Salud del Condado de Riley es un proveedor dentro de la red de su compañía de seguro médico. Los cargos serán el precio normal si el Condado de Riley le proporciona servicios y no es considerado un proveedor en la red de su seguro médico.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Todos los registros de servicios proporcionados se consideran confidenciales. Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Riley con la fecha de efectividad de abril del 2019.

LABORATORIOS / VACUNAS

He recibido información sobre la prueba cutánea de tuberculosis. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Acepto regresar en 48-72 horas para que la prueba sea leída. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba cutánea de tuberculosis y solicito que se me dé la prueba a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien soy padre o tutor legal y autorizado para tomar decisiones médicas.

Se me ha aconsejado esperar 15 minutos después de la vacunación en el Departamento de Salud del Condado de Riley o clínica satélite.

Aplicación de Datos y Solución de Integración para los Primeros Años (DAISEY)

Como parte del sistema Integral de salud familiar del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas. Entraremos sus datos en un sistema electrónico, la Aplicación de Datos y Solución de Integración para los Primeros Años conocido en inglés como DAISEY. El sistema está diseñado para mantener su información segura. Solo usaremos su información para mantener un registro, evaluar y mejorar los servicios que recibe de nosotros.

La información que se ingresará en el sistema incluye:

- Información de salud individualmente identificable (Ej.: nombre, sexo, fecha de nacimiento).
Información sobre los servicios que recibe (Ej.: exámenes de salud, educación, visitas domiciliarias).
Información sobre las evaluaciones que recibe (Ej.: respuestas a preguntas sobre necesidades de vivienda, uso de tabaco, atención prenatal).

Este aviso entrará en vigencia en la fecha indicada abajo. Su firma reconoce el recibo de este aviso pero no es requerido. Este aviso permanecerá en vigor hasta que la organización destruya su información. Usted puede pedir ver su información en cualquier momento.

AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA REFERIDOS (IRIS)

Al firmar estoy de acuerdo en que la información de mi familia y/o miembros del hogar se puede compartir en IRIS con otros proveedores de servicios en la red de referencias de mi comunidad, quienes también protegerán mi información. Toda la información es confidencial y solo se compartirá con el propósito previsto de proporcionar los servicios deseados a usted y / o su familia.

FIRMA _____ FECHA _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.



AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de efectividad. Abril 2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELA MUY CUIDADOSAMENTE

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, favor de ponerse en contacto con:

Privacy Officer
Heather Ritchey
2030 Tecumseh Road
Manhattan, Kansas 66502
Telephone 785-776-4779
Fax 785-565-6565

NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cada vez que usted visita un hospital, doctor o cualquier otro proveedor de salud, la información sobre su visita será registrada. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, los resultados de sus pruebas y exámenes diagnósticos y tratamiento, un plan para su cuidado o tratamiento limitado, y su información de facturación. Estos registros son necesarios para los proveedores de salud para darle a usted el mejor cuidado médico y para cumplir con ciertos requisitos legales.

Nosotros estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de nuestros registros que contienen información acerca de usted. Este aviso aplica a todos sus registros médicos creados o recibidos por el Departamento de Salud público del gobierno (conocido de aquí en adelante como el Departamento de Salud.) Otros proveedores de salud de los cuales usted obtiene cuidado y tratamiento podrían tener diferentes reglas o avisos con relación al uso y la revelación de su información médica que ha sido creada o recibida por ese proveedor. También, los planes de salud en los cuales usted participa podrían tener diferentes reglas o avisos concernientes a la información que ellos obtienen de usted.

Este aviso le informará a usted acerca de las maneras en las cuales nosotros podemos usar y compartir su información de salud. Nosotros también le informaremos acerca de sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos para el uso y revelación sobre la información de salud.

La ley requiere que nosotros guardemos la privacidad de su información de salud, que le demos este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas privadas y que hagamos un buen esfuerzo por obtener su reconocimiento de que ha recibido este aviso, y que cumplamos con los términos de este aviso que está en efecto.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

El Derecho De Revisar Y Copiar. Usted tiene el derecho de revisar y copiar la información médica que se puede utilizar en hacer decisiones sobre el cuidado de su salud. Usualmente, esto incluye información médica y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para revisar y copiar la información de su salud, usted deberá de completar un formulario el cual contiene información que nosotros necesitamos para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona que está identificada en la primera página de este aviso. Se le pedirá a usted que complete la autorización por escrito. Si usted pide copia de la información, se le cobrará por el costo de sacar copias, mandar por correo u otros materiales y servicios relacionados a su petición. Nosotros le podríamos requerir que usted pagara por este servicio antes de que se procese su petición de sacar copias.

Nosotros podríamos negar su petición de revisar y sacar copias en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información de salud, usted puede pedir a que tal rechazo sea reconsiderado. Otro proveedor de salud autorizado que ha sido escogido por el Departamento de Salud revisará su petición y el rechazo. La persona que hará la revisión no será la persona que ha rechazado su petición. Nosotros actuaremos conforme a lo que la revisión indique.

Su Derecho Para Pedir Enmienda. Si usted cree que nuestros archivos contienen información sobre usted que es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que se enmiende la información. Usted tiene derecho para pedir una enmienda mientras la información se mantiene en o está mantenida para el Departamento de Salud.

Para pedir una enmienda, usted deberá de completar un formulario específico que contiene la información que necesitamos para procesar su petición, incluyendo las razones que apoyen su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona mencionada en la primera página de este aviso.

Nosotros podríamos rechazar su petición a la enmienda si usted no completa en su totalidad el formulario requerido. Además, podríamos rechazar su petición si usted nos pide que enmendemos información que:

- No ha sido creada por nosotros, a no ser que la persona o entidad que ha creado la información no exista para hacer tal enmienda.
- No es parte de la información de salud que es mantenido por o para el Departamento de Salud.
- No es parte de la información que a usted se le permitiría revisar y sacar copias
- Es correcta y completa

Si su petición es negada, Ud. será informado de la razón por la cual se le rechazó y también tendrá la oportunidad de presentar su petición del desacuerdo, la cual será guardada con sus archivos.

El Derecho A Un Conteo De Revelaciones.

Usted tiene el derecho de solicitar un “conteo de revelaciones.” Esto se refiere a una lista de revelaciones que hicimos sobre información de su salud, con ciertas excepciones específicamente definidas por la ley.

Para solicitar esta lista o conteo de revelaciones, usted deberá de completar el formulario apropiado que contiene información que necesitamos para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información acerca de este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso.

Su petición deberá de indicar un período de tiempo, el cual no podrá ser más de seis años y no podrá incluir fechas antes del 14 de abril del 2003. Su petición deberá de incluir en qué forma desea usted está lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente.) La primera lista que usted solicite durante un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, nosotros podríamos cobrarle por el costo de proveer la lista. Nosotros le notificaremos del costo en cuestión y usted podrá decidir entre modificar su petición o cancelarla antes de que se le cobre por cualquier costo.

El Derecho A Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho a solicitar una limitación sobre la información de salud que nosotros revelamos concerniente a Ud. a alguien quien está involucrado en su cuidado o en los pagos de su cuidado, así como un miembro familiar o a un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no se usara o no se divulgara la información sobre una cirugía que Ud. tuvo.

Nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, nosotros accederemos con su petición a no ser que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted deberá de completar un formulario apropiado que nos provea información necesaria para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información acerca de este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso.

El Derecho A Solicitar Métodos Alternativos De Comunicaciones. Usted tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted únicamente en su trabajo o por correo.

Para solicitar un método alternativo de comunicaciones, Ud. deberá completar un formulario apropiado que nos provea información necesaria para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información acerca de este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso. Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Satisfaceremos todas peticiones razonables. Su petición deberá indicar de qué manera y dónde quiere que nos pongamos en contacto con usted.

El Derecho A Una Copia Impresa De Este Aviso. Usted tiene el derecho a una copia impresa de este aviso. Usted podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aún cuando Ud. haya pedido una copia de este aviso electrónicamente, usted todavía tiene el derecho a una copia impresa de este aviso.

Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestra página electrónica, www.wycokck.org

Para obtener una copia impresa de este aviso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso.

Quejas

Si usted cree que sus derechos con respecto a la información médica de usted han sido violados por el Departamento de Salud, usted puede formular una queja con el Departamento de Salud o con la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para formular una queja con el Departamento de Salud,

póngase en contacto con la persona identificada en la primera página de este aviso. Todas las quejas deberán ser hechas por escrito.

Usted no será penalizado por formular una queja.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA.

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que nos permiten usar y revelar la información de salud de usted sin su autorización específica. En cuanto a los propósitos enumerados abajo, si usted desea limitar nuestro uso de su información médica, tendrá que hacer una petición para restricciones de la manera mencionada anteriormente.

Para Tratamiento. Nosotros podríamos usar información sobre usted para darle tratamiento o servicios médicos. Nosotros podríamos revelar la información médica sobre usted a enfermeras, técnicos, u otras personas involucradas en su tratamiento de salud en el Departamento de Salud. Otros departamentos del Departamento de Salud también podrían compartir la información de salud sobre Ud. para coordinar sus diferentes necesidades tales como recetas, pruebas de laboratorio y rayos X.

Nosotros también podríamos revelar la información de salud sobre usted a personas fuera del Departamento de Salud que podrían estar involucradas en su cuidado médico después de que usted salga del Departamento de Salud, tales como miembros familiares, amigos, u otros que usamos para proveerle servicios que son parte de su cuidado. Sin embargo, nosotros le daremos a usted una oportunidad para que ponga restricciones sobre tales comunicaciones.

Nosotros podríamos revelar la información de salud acerca de usted a otros proveedores de cuidado de salud que pidan tal información con el propósito de proveerle con un tratamiento médico.

Para el Recibo de Pagos Nosotros podríamos usar y revelar información de salud sobre usted para que los tratamientos y servicios que usted recibe en el Departamento de Salud sean facturados y que los pagos sean cobrados a usted, a una compañía de seguros o a otra tercera persona. Por ejemplo, nosotros podríamos tener la necesidad de dar información de su plan de salud acerca del tratamiento que usted recibió para que su plan de salud nos pague o le reembolse por el tratamiento. Nosotros también podríamos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para que obtengamos primero la aprobación o para que determinemos si su plan cubrirá este tratamiento.

Nosotros también podríamos dar información sobre usted a otros proveedores de cuidado de salud para ayudarles a obtener pago por servicio y tratamiento que ese proveedor le ha dado. Nosotros también podríamos dar información de su plan de salud con el propósito de hacer arreglos por pagos de tratamientos y servicios que se le proveyeron.

Para El Funcionamiento Del Cuidado De Salud. Nosotros podríamos usar y revelar información de salud sobre usted para nuestros usos internos. Estos usos y revelaciones son necesarios para que funcione el Departamento de Salud y para asegurar que todos nuestros pacientes reciban un buen cuidado. Por ejemplo, nosotros podríamos usar información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal que está a su cuidado. Nosotros también podríamos combinar la información de salud acerca de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales podríamos ofrecer, qué servicios

no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Nosotros también podríamos revelar información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y a otro personal con el propósito de revisar y aprender. Nosotros también podríamos combinar la información de salud que tenemos con la de otros proveedores de cuidado de salud para comparar cómo estamos funcionando y en qué áreas podemos mejorar el cuidado y servicios que ofrecemos. Nosotros podríamos eliminar la información que le identifica a usted de este grupo de información médica para que otros lo usen en sus estudios de cuidado de salud y en proporcionar cuidado de salud sin saber quiénes son los pacientes.

Nosotros podríamos revelar la información de salud acerca de usted a otro proveedor de cuidado de salud o a un plan de salud con el cual usted también ha tenido una experiencia para el uso propio de operaciones internas de ellos.

Recordatorios De Citas. Nosotros podríamos usar y revelar su información de salud con el fin de ponernos en contacto con usted como un recordatorio de que usted tiene una cita o tratamiento médico en el Departamento de Salud. A no ser que usted no nos autorice, nosotros podríamos dejarle mensajes en su contestador de mensajes identificándonos como el Departamento de Salud y pidiéndole que nos regrese la llamada. A no ser que usted nos haya dado instrucciones específicas de lo contrario en una circunstancia particular, no revelaremos ninguna información de salud a ninguna persona que conteste el teléfono en caso de no ser usted. Únicamente le dejaremos un mensaje de que usted nos devuelva la llamada.

Encuestas. Nosotros podríamos usar y revelar información de salud para ponernos en contacto con usted a fin de evaluar su satisfacción sobre nuestros servicios.

Alternativos De Tratamiento. Nosotros podríamos usar y revelar información de salud para informarle acerca de o para recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que podrían ser de interés para usted.

Beneficios Y Servicios De Salud. Nosotros podríamos usar y divulgar la información de salud para informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con su salud que pueda ser de interés para usted o para darle regalos promocionales de valor mínimo.

Actividades Para Recaudar Fondos. Nosotros podríamos usar información de salud acerca de usted y ponernos en contacto con usted cuando estemos recaudando fondos para el Departamento de Salud y su funcionamiento. Nosotros podríamos divulgar información de salud a alguna fundación relacionada con el Departamento de Salud. Dicha fundación pudiera ponerse en contacto con usted para recaudar fondos para el Departamento de Salud. Nosotros únicamente divulgaremos información básica tal como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas cuando usted recibió tratamiento o servicios del Departamento de Salud. Si no desea que el Departamento de Salud se ponga en contacto con usted cuando están recaudando fondos, debe de notificar por escrito a la persona mencionada en la primera página de este aviso.

Negocios Con Subcontratistas. Hay algunos servicios que nuestra organización hace a través de subcontratistas o arreglos con otros negocios; por ejemplo, podríamos contratar a una compañía que saca copias para hacer copias de su expediente médico. Cuando estos servicios son contratados nosotros podríamos divulgar su información médica a ellos para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Para proteger su información de salud, nosotros requerimos que nuestros subcontratistas guarden esta información apropiadamente.

Personas Involucradas En Su Tratamiento O El Pago De Ello. Nosotros podríamos divulgar la información de salud acerca de usted a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su cuidado médico. Nosotros también podríamos dar información a alguien que ayude a pagar por su cuidado médico. Adicionalmente, podríamos divulgar su información de salud a organizaciones que están asistiendo en un desastre para que su familia sea notificada acerca de su condición, estado o paradero.

Investigaciones. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podríamos usar y divulgar la información de salud sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigaciones podría requerir la comparación de salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron una cierta medicación y todos los que recibieron otra medicación para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, siempre están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesta y el uso de información de salud balanceando las necesidades de la investigación y la necesidad de la protección de información de salud de los pacientes. Antes de que se use o se divulgue la información de salud para la investigación, el proyecto deberá de haber sido aprobado por medio de este proceso para investigaciones. Tal vez podríamos divulgar la información de salud acerca de usted a gente que está preparada para hacer la investigación en el proyecto; por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica usada no salga del Departamento de Salud. Nosotros casi siempre le pediremos su permiso en caso de que los investigadores tengan acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o en el caso que ellos van a participar de su cuidado médico en el Departamento de Salud

Requerido Por La Ley. Nosotros divulgaremos la información de su salud, cuando requiera la ley federal, estatal o local.

Par Prevenir Amenazas Serias A La Salud o Seguridad. Nosotros podríamos usar y divulgar la información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir amenazas a su salud y seguridad, la seguridad del público u otra persona.. Cualquier divulgación, sin embargo, se le dará únicamente a la persona que puede ayudar a prevenir tal amenaza.

Donación De Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, nosotros podríamos divulgar la información de salud a organizaciones que están encargadas en la adquisición y manejo de órganos, ojos o trasplante de tejidos, o a un banco de órganos donados; siempre que sea necesario para facilitar el trasplante y la donación de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, nosotros podríamos divulgar la información de salud acerca de usted cuando sea requerido por las autoridades militares. Nosotros también podríamos dar la información de salud acerca de personal militar en el extranjero a las apropiadas autoridades extranjeras autorizadas.

Empleadores. Nosotros podríamos divulgar la información de salud acerca de usted a empleadores si es que le estamos proveyendo cuidado médico a usted bajo la petición de su empleador y le está haciendo esto para una evaluación bajo vigilancia médica en el lugar de trabajo o para evaluar si es que usted tiene una enfermedad o herida relacionada a su trabajo. Bajo estas circunstancias, le informaremos a usted por escrito que esta información fue divulgada a su empleador. Cualquier otra divulgación de su información a su empleador será divulgada únicamente si usted nos da una autorización específica de revelar esta información.

Seguro Médico Para Accidentes De Trabajo. Nosotros podríamos divulgar la información de su salud para informar a este programa de seguro u otros programas similares. Estos programas dan beneficios cuando haya tenido enfermedades o daños en su lugar de trabajo.

Los Riesgos De Salud Pública. Nosotros podríamos dar la información sobre la salud de usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevención o control de enfermedades, heridas o incapacidades.
- Reporte de nacimientos y defunciones.
- Reporte de abuso o descuido infantil.
- Reporte de reacciones a medicinas o problemas de este tipo de productos.
- Notificación a la gente para devolver productos que están usando.
- Notificar a personas que hayan sido expuestas a alguna enfermedad o puedan estar en riesgo de contraer o propagar enfermedades.
- Notificar a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Nosotros únicamente divulgaremos esta información siempre y cuando usted esté de acuerdo o cuando sea requerido por la ley.

Actividades De Supervisión De La Salud. Nosotros podríamos dar la información de salud a agencias que supervisan a ella y que están participando en actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir; por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda observar el sistema de cuidado de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de los derechos humanos.

Demandas Judiciales Y Disputas. Si usted está demandando o tiene una disputa, nosotros podríamos dar la información de salud sobre usted en contestación a una orden administrativa de la corte. Nosotros también podríamos dar la información de salud acerca de usted en contestación a una petición de un descubrimiento, o cualquier otro proceso legal hecho por alguien más que esté involucrado en la disputa, pero únicamente si le hemos tratado de avisarle de la petición u para obtener una orden de protección sobre la información requerida.

La Ejecución De La Ley. Nosotros podríamos divulgar la información de salud si es que lo pide alguna autoridad de la ley:

- Para dar contestación a una orden de la corte, citación, orden de detención, petición de presentarse en corte o proceso similar.
- Para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos o personas extraviadas.
- Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no somos capaces de obtener la autorización de la persona.
- Acerca de la muerte que creemos es el resultado de un acto criminal.

- Acerca de un acto criminal en el Departamento de Salud.
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, el lugar del crimen o víctimas, o para identificar, describir o localizar a la persona que cometió el crimen.

Forenses, Médicos Examinadores Y Directores De Funerales. Nosotros podríamos dar la información de salud a un forense o médico examinador, si esto fuera necesario; por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte. Nosotros también podríamos divulgar la información de salud acerca de pacientes del Departamento de Salud a directores de funerales cuando sea necesario para que ellos desarrollen su trabajo.

Seguridad Nacional Y Actividades Del Servicio De Inteligencia. Nosotros podríamos divulgar la información de salud sobre usted a autoridades federales oficiales para información de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios De Protección Para El Presidente Y Otros. Nosotros podríamos divulgar la información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al Presidente, otras personas autorizadas, o cabezas de gobiernos extranjeros o para hacer investigaciones especiales.

Presos/Personas Bajo Custodia. Si usted es un presidiario en una institución correccional o bajo la custodia de una autoridad legal, nosotros podríamos divulgar la información de su salud a instituciones correccionales o a una autoridad legal. Divulgaremos la información que sea necesaria (1) para que la institución le dé el cuidado médico; (2) para protección y bienestar de su salud y para el bienestar de otros; o (3) para la seguridad y bienestar de la institución correccional.

Sus Derechos con Respecto al Intercambio Electrónico de Información de Salud: The Riley County Heath Department participa en la tecnología de información de salud electrónica, o HIT (en inglés). La tecnología nueva permite a un proveedor o a un plan de salud a presentar una única solicitud a través de una organización de información de salud, o HIO (en inglés), para obtener registros electrónicos de un paciente específico a partir de otros participantes de HIT para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado de la salud. Los HIOs están obligados a usar medidas de seguridad adecuadas para evitar usos o divulgaciones no autorizadas.

Usted tiene dos opciones con respecto al HIT. En primer lugar, puede permitir que las personas autorizadas tengan acceso a su información médica electrónica a través de un HIO. Si elige esta opción, usted no tiene que hacer nada.

En segundo lugar, es posible restringir el acceso a **toda** su información a través de un HIO (excepto el acceso por personas debidamente autorizadas, según sea necesario para proporcionar información específica como lo requiere la ley). Si desea restringir el acceso, deberá presentar la información requerida ya sea en el internet en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando por correo un formulario. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org>. No se puede restringir el acceso solamente a cierta información; su opción es permitir o restringir el acceso a toda su información.

Si tiene preguntas con respecto HIT o HIOs, favor de visitar a <http://www.KanHIT.org> para información adicional.

Si usted recibe servicios de cuidado de salud en otro estado que no sea Kansas, pueden aplicarse reglas diferentes con respecto a las restricciones de acceso a la información electrónica de salud. Por favor comunicarse directamente con su proveedor de salud fuera del estado con respecto a dichas normas.

OTROS USOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Otros usos y divulgaciones de la información de salud que no hayan sido mencionadas en este aviso o de las leyes que nos aplican serán hechas únicamente con su autorización escrita. Si usted nos da la autorización para usar o divulgar la información de salud sobre usted, usted podría rechazar esta autorización por escrito a cualquier hora. Si usted rechaza su autorización, nosotros ya no podríamos usar o divulgar la información de salud sobre usted por las razones ya mencionadas en su autorización escrita. Desde luego no somos capaces de retractar cualquier divulgación hecha anteriormente con su permiso, y se nos requiere retener nuestros archivos en cuanto al cuidado médico que le hemos proveído.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nosotros reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso cambiado o alterado y su aplicación a la información de salud que ya está en nuestra posesión, al igual que cualquier otra información que recibiremos en el futuro. Nosotros publicaremos una copia de este aviso en nuestra sede y en nuestra página electrónica. La fecha de efectividad estará en la primera página del aviso.

RECONOCIMIENTO

Se le pedirá a usted que provea un reconocimiento por escrito de haber recibido este aviso. La ley nos exige que tratemos de la mejor manera de darle este aviso y de obtener su reconocimiento. Sin embargo, su cuidado médico o tratamiento en el Departamento de Salud no será limitado si por acaso no nos dé este reconocimiento por escrito.